CRSA
occitanie
CONFÉRENCE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DE L'AUTONOMIE

2017/18

CONFÉRENCE
RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET
DE L'AUTONOMIE
OCCITANIE

rapport annuel

sur le respect des droits des usagers du système de santé, de l'égalite d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge dans les domaines sanitaire et médico-social

Adopté en séance plénière
de la CRSA OCCITANIE
du 8 février 2019

AVANT-PROPOS

POUR DES DROITS DES USAGERS ET UNE DÉMOCRATIE SANITAIRE RENFORCÉS

Pr Laurent SCHMITT
Président de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie

Simon SITBON
Président de la Commission Spécialisée dans le domaine des Droits des Usagers

Pr Olivier JONQUET
Président de la Commission Spécialisée de l'organisation des soins

Hélène GRANDJEAN
Présidente de la Commission Spécialisée de prévention

Philippe JOURDY
Président de la Commission Spécialisée de la prise en charge et accompagnement médico-sociaux

« Avec vous, nous sommes tous mobilisés au service de la santé de 6 millions de personnes en Occitanie. »

Pierre RICORDEAU
Directeur Général de l'ARS Occitanie

La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie OCCITANIE (CRSA) a procédé, pour les exercices 2017 et 2018 conformément aux dispositions règlementaires, à l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé.
Cette évaluation donne lieu au présent rapport qui sera transmis à la Conférence Nationale de Santé.

Ce rapport[1] qui est le premier de la CRSA de la nouvelle région Occitanie, est établi à partir des données recueillies principalement auprès de l'ARS, des Commissions des Usagers (CDU) des établissements de santé et lors des échanges intervenus avec les acteurs du système de santé de la région.

La CSDU et les autres commissions spécialisées de la CRSA ont constamment œuvré, avec le concours des différents services de l'ARS et particulièrement de l'Unité Démocratie sanitaire pour :

- ***PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS***
- ***RENFORCER ET PRESERVER L'ACCÈS À LA SANTÉ POUR TOUS***
- ***CONFORTER LA REPRÉSENTATION DES USAGERS DU SYSTÈME DE SANTÉ***
- ***RENFORCER LA DÉMOCRATIE SANITAIRE***

[1] *Ce rapport est établi selon le cahier des charges fixé par arrêté du 5 avril 2012 qui est en cours de refonte.*

L'élaboration du PRS OCCITANIE 2018 / 2022 a été réalisée en associant et en impliquant fortement aux travaux préparatoires la CRSA et ses commissions.

Les engagements du PRS visent notamment à promouvoir la place et les droits des usagers et à favoriser un dialogue respectueux entre les patients et les soignants ainsi que la qualité des prises en charge.

La CRSA salue la priorité donnée par le PRS à la réduction des inégalités de santé et à l'accessibilité aux soins.

L'usager reste au cœur de notre système de santé. Nous avons beaucoup progressé dans le partage de concepts communs afin de conduire des projets rassemblant professionnels de santé, usagers, et représentants des usagers.

Nous devons poursuivre dans cette direction afin de rendre notre système de santé moins complexe, plus lisible, plus attentionné et plus proche des usagers.

Lors de la CRSA du 8 février 2019, le choix a été retenu de prioriser 5 recommandations formulées dans le présent rapport qui feront l'objet d'un suivi particulier :

- Améliorer la couverture vaccinale de la population et des soignants,
- Renforcer les dispositifs adaptés à la prise en charge des personnes en situation de handicap,
- Rendre promoteur et acteur les usagers de la mise en œuvre des nouveaux dispositifs de coopération entre professionnels de santé (CPTS, MSP,...),– Améliorer le fonctionnement des Commissions des Usagers des établissements de santé,
- Renforcer les droits des résidents dans les EHPAD.

S'agissant plus particulièrement de l'amélioration de la couverture vaccinale de la population et des soignants, la CRSA a rappelé la dimension collective qui s'attache à la vaccination, au regard des enjeux de santé publique, et le rôle majeur des professionnels de santé dans la promotion de la vaccination alors qu'est constaté le faible taux de couverture vaccinale des professionnels de santé.

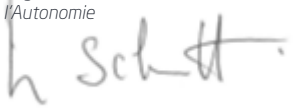
La CRSA a relevé qu'un grand nombre de personnels hospitaliers, soignants ou de fonction support, ne fait pas l'objet d'une vaccination à jour et répétée annuellement en matière de maladie grippale. Cette absence de vaccination fragilise les dispositifs soignants, en ville comme dans les structures de soins.

Les personnes non vaccinées deviennent alors des agents de transmission vis-à-vis des personnes fragilisées ou vulnérables notamment les jeunes enfants, les jeunes adultes et les sujets âgés dont elles ont la responsabilité soignante.

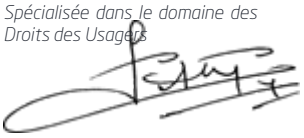
Dès lors, la CRSA dans une motion très largement votée a émis les vœux :

- D'inciter tous les personnels soignants à bénéficier d'une vaccination annuelle contre le syndrome grippal.
- Cette incitation est particulièrement importante dans les services hospitaliers notamment d'urgence, de soins intensifs, de réanimation, de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou de psychiatrie comme pour les soignants en exercice libéral.
- Elle engage les ordres professionnels, les unions régionales de professionnels de santé, les fédérations soignantes, les établissements publics et privés, à vérifier annuellement le niveau de vaccination des professionnels en exercice et à les inciter à se mettre à jour.

Pr Laurent SCHMITT
Président de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie



Simon SITBON
Président de la Commission Spécialisée dans le domaine des Droits des Usagers



P. 1
AVANT-PROPOS
POUR DES DROITS DES USAGERS ET UNE DÉMOCRATIE SANITAIRE RENFORCÉE

P. 4
PROMOUVOIR ET **FAIRE RESPECTER** DES DROITS DES USAGERS

P. 4
1.1 **Rendre** effectif le processus d'evaluation du respect des droits des usagers

P. 10
1.2 **Droit au respect** de la dignité de la personne

P. 13
1.3 droit a l'information : **permettre** l'accès au dossier médical

P. 14
1.4 **assurer** la scolarisation des enfants en difficultés d'apprentissage en milieu ordinaire ou adapté et le retour à l'emploi des personnes en situation de handicap

P. 15
1.5 Droits des personnes détenues : **assurer** l'accès aux soins, nombre d'extraction pour accès aux consultations

P. 15
1.6 **Renforcer** l'accès a la culture dans les établissements

P. 16
1.7 **Renforcer** l'implication des patients dans la prise en charge de leur santé

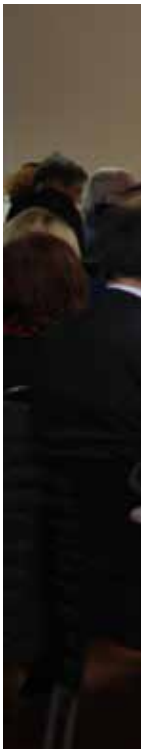
P. 18
RENFORCER ET **PRÉSERVER** L'ACCÈS À LA SANTÉ POUR TOUS

P. 18
2.1 **Assurer** l'accès aux professionnels de santé libéraux

P. 19
2.2 **Accéder** financièrement aux soins

P. 20
2.3 **Assurer** l'accès au dépistage et à la prévention

P. 21
2.4 **Réduire** les inégalités d'accès a la prévention, aux soins et à la prise en charge sur tous les territoires



P. 24
CONFORTER
LA REPRÉSENTATION DES USAGERS DU SYSTÈME DE SANTÉ

P. 24
3.1 **Former** les representants siegeant dans les instances du système de sante

P. 24
3.2 **Repérer et labéliser** des initiatives innovantes en matière de droit des usagers

P. 26
RENFORCER
LA DÉMOCRATIE SANITAIRE

P. 26
4.1 **Garantir** la participation des représentants des usagers et des autres acteurs du système de santé à la CRSA

P. 27
4.2 **Garantir** la participation des représentants des usagers et des autres acteurs du système de santé aux CTS

P. 28
ANNEXES

P. 29
Annexe 1 Quizzs diffusés pendants les Semaines Sécurité des Patients 2017 et 2018

P. 31
Annexe 2 Données relatives aux dépassements d'honoraire des médecins libéraux

P. 32
Annexe 3 Taux de participation par collège des membres de la CRSA et de ses commissions spécialisées pour 2017 et 2018

Directeur de publication : Pr Laurent SCHMITT, Président de la CRSA Occitanie
Rédaction : ARS Occitanie Direction des droits des usagers et des affaires juridiques
Conception & réalisation : ARS Occitanie Communication
Crédits photos : © ARS Occitanie Communication

CRSA Séance plénière du 08/02/2019

1

PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER DES DROITS DES USAGERS

Tout au long de ses travaux, la Commission Spécialisée dans le domaine des Droits des Usagers du système de santé (CSDU) a été attentive à la prise en compte du respect des droits des usagers et par ses recommandations, elle a enrichi le contenu du PRS qui a été arrêté le 3 août 2018.

1.1 **Rendre** effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers

Une appréciation est portée, dans le présent chapitre, sur le respect des droits des usagers par les établissements de santé et les établissements médico-sociaux.

Aucune donnée n'a pu être mobilisée pour le secteur ambulatoire.

1.1.1 Appréciation sur le respect des droits des usagers par les établissements de santé

Les membres de la CSDU visitent chaque année un certain nombre de Commission Des Usagers (CDU) des établissements de santé de la région OCCITANIE. C'est ainsi que 22 Commissions des Usagers ont été rencontrées sur les exercices 2017 et 2018.

Au regard des conclusions de ces visites et de la synthèse annuelle préparée par l'ARS des rapports d'activité des CDU pour 2016 et 2017 qui ont été adressés à l'ARS, conformément à l'article L 1112-3 du code de la santé publique, la CSDU a formulé des recommandations auprès de l'ARS et des établissements qui sont reprises pour certaines d'entre elles dans le présent chapitre.

Fonctionnement des Commissions Des Usagers[2]

La Loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a ouvert une nouvelle étape dans le domaine des droits des usagers au sein des établissements de santé, en transformant les Commissions des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) en Commissions Des Usagers.

Les recommandations formulées par la CSDU pour améliorer le fonctionnement des CDU des établissements ont été adressées, par courrier co-signé du Directeur Général de l'ARS et du président de la CSDU, à l'ensemble des établissements de santé pour leur faire part des points forts et des marges de progrès identifiés.

Le fonctionnement des CDU s'est nettement amélioré au fil des années et ces commissions contribuent activement à la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins développée par les établissements de santé. Des efforts ont été notamment réalisés en ce qui concerne la formation des représentants des usagers et la qualité des informations délivrées aux usagers. Tous les établissements de santé ont déclaré avoir donné une information aux usagers sur l'existence de la CDU.

Synthèses régionales des rapports d'activité CDU 2016/2017

[2] *Les données citées ci-après sont issues de la synthèse élaborée par l'ARS des rapports d'activité annuels des CDU transmis par les établissements de santé pour l'exercice 2017*

Formation des Représentants des Usagers (RU) désignés au sein des commissions des usagers

Rappel de la réglementation
La Loi du 26 janvier 2016 prévoit que les représentants des usagers suivent une formation de base délivrée par les associations agréées d'usagers du système de santé. Cette formation est obligatoire pour tous les représentants des usagers désignés après le 1er juillet 2016. La liste des associations agréées habilitées à délivrer la formation de base est fixée par arrêté ministériel.

Des données déclarées par les établissements dans le cadre des rapports d'activités CDU en 2017, il ressort qu'en moyenne près de 79 % des représentants d'usagers titulaires désignés par l'ARS pour siéger en CDU ont suivi la formation de base réglementaire.

La liste des formations dispensées par France ASSOS SANTE OCCITANIE est disponible sur le site internet de l'association.

Modalités de traitement des plaintes et réclamations d'usagers par les établissements de santé

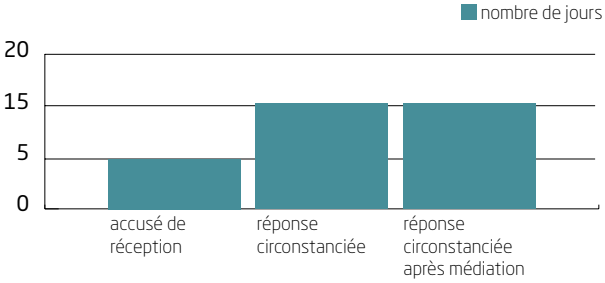
Rappel de la réglementation
La commission des usagers doit être informée de l'ensemble des plaintes ou réclamations déposées par les usagers ainsi que des suites apportées par l'établissement. Le représentant légal de l'établissement informe l'auteur de la plainte ou de la réclamation qu'il peut se faire accompagner, pour la rencontre avec le médiateur d'un représentant des usagers (article R 1112-92 du code de la santé publique).

7550 plaintes et réclamations[3] ont été examinées en 2017 par les CDU des établissements, avec un poids dans les entrées totales qui reste stable depuis 2015.

35 établissements (contre 25 en 2016) déclarent n'avoir reçu aucune réclamation en 2017.

Délais de traitement des plaintes ou reclamations en 2017

Source : ARS - Synthèse des rapports d'activité annuels des CDU transmis par les établissements de santé

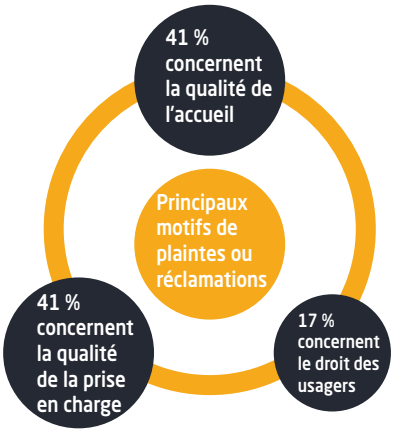


La quasi-totalité des établissements déclare qu'une information a été délivrée aux usagers sur la possibilité de formuler une réclamation à l'établissement, essentiellement via le livret d'accueil.

Dans 9 établissements sur 10, une procédure de traitement des plaintes et réclamations est mise en place et prévoit la possibilité d'avoir recours et d'être accompagné par un Représentant des Usagers.
97% des établissements prévoient, dans leur procédure, la proposition de médiation et la saisine de la CDU (78% en 2016).

Plus de 95% des établissements de santé mettent à disposition des membres de la CDU l'ensemble des plaintes et réclamations.

Quels sont les motifs des plaintes ou réclamations ?



[3] *Source : ARS – Synthèse des rapports d'activité annuels des CDU transmis par les établissements de santé pour 2017*

Désignation des Représentants des Usagers (RU) au sein des commissions des usagers

Rappel de la réglementation
Conformément à l'article R. 1112-83 du code de la santé publique, les représentants des usagers et leurs suppléants sont désignés pour trois ans, par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé parmi les personnes proposées par les associations agréées d'usagers du système de santé.

L'ARS Occitanie procède, au fil de l'eau, à la désignation des représentants des usagers au sein des CDU. Elle vérifie la conformité de l'installation des CDU, via les procès-verbaux d'installation.

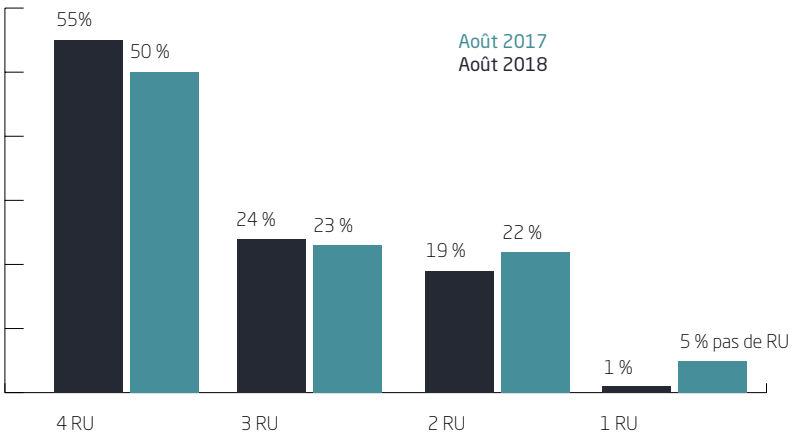
Seul un établissement fin 2018, faute de candidat présenté par les associations agréées d'usagers, n'a pas installé de CDU contre 15 établissements fin 2017.

En 2018, l'ARS en lien avec France ASSOS SANTE OCCITANIE et la CSDU a organisé deux manifestations régionales à destination des présidents d'associations agréées d'usagers du système de santé afin de promouvoir la place des représentants des usagers. Une association agréée sur deux de la région a participé à ces rencontres qui ont été organisées sur l'Est et l'Ouest de l'OCCITANIE.

La CRSA relève positivement la mise en ligne, sur le site internet www.occitanie.ars.sante.fr de l'ARS, d'un annuaire des représentants d'usagers désignés faisant apparaître les postes vacants par établissement. Elle invite les associations agréées d'usagers à s'y référer.

Elle souligne l'amélioration de la situation en 2018 par rapport à 2017 de la composition des CDU en ce qui concerne la désignation des représentants des usagers. Toutefois elle note la part importante des établissements ayant une CDU incomplète.

Proportion d'établissements ayant des postes de représentants d'usagers pourvus



Résultats de la procédure de certification pour le critère DROITS DES PATIENTS

Dans le cadre de la procédure de certification V2014, le critère DROITS DES PATIENTS est obligatoirement investigué. Cette investigation porte notamment sur :

- Le respect des droits des patients inscrit dans les orientations stratégiques et les projets de l'établissement (bientraitance, dignité, intimité, confidentialité, libertés individuelles, etc.) en association avec la Commission des Usagers.
- Les formations des professionnels aux droits des patients (bientraitance, dignité, intimité, confidentialité, libertés individuelles, ...).
- L'information des patients sur leurs droits et les missions de la Commission des Usagers.
- Les actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance.
- Les modalités de signalement des cas de maltraitance définies et diffusées.
- Le respect de la dignité et de l'intimité des patients lors des soins, y compris les soins d'hygiène, et dans les conditions d'hébergement
- L'organisation et les pratiques permettant le respect de la confidentialité des informations relatives au patient.
- L'accueil personnalisé et le soutien de l'entourage des patients dans les situations qui le nécessitent.

– Les projets de prise en charge, organisation et pratiques permettant le respect des libertés individuelles.
– Le dispositif d'information du patient sur son état de santé et les soins proposés incluant la démarche structurée d'information en cas de dommage lié aux soins.
– L'organisation permettant le recueil du consentement éclairé du patient et, le cas échéant, du refus de soin.
– La participation du patient et, s'il y a lieu, de son entourage dans la construction et la mise en œuvre du projet personnalisé de soins.
– Le dispositif structuré d'hospitalisation sans consentement : procédures, information et recherche d'adhésion des patients, formation des professionnels,....

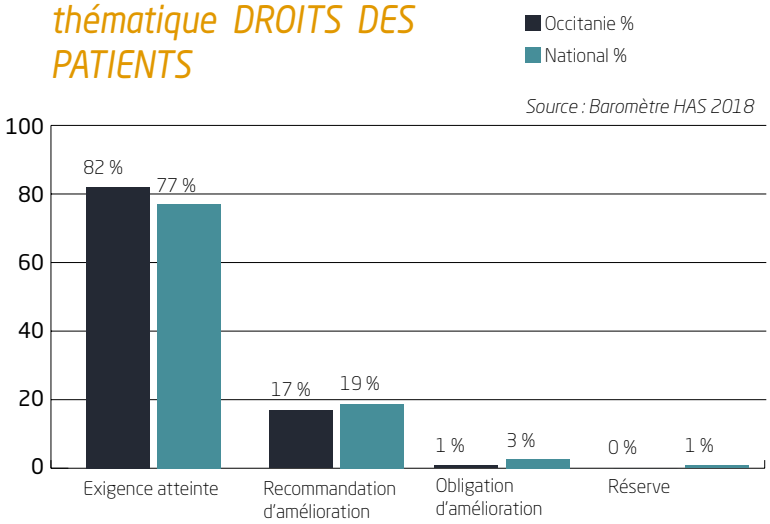
Le tableau, ci-après, retrace les résultats de la certification sur la thématique DROITS DES PATIENTS pour les 232 établissements[4] de la région investigués.

La position de la région est plutôt satisfaisante par rapport au niveau national. A noter qu'un tiers des établissements n'atteignant pas l'exigence concernant le droit des patients sont des établissements de soins psychiatriques ou de post cure.

LA CRSA recommande

• aux établissements de santé de veiller à :
– renforcer la communication autour des modalités de gestion des réclamations afin qu'elles soient connues de l'ensemble du personnel et de décrire dans le règlement intérieur les modalités de mise à disposition des plaintes et réclamations aux membres de la CDU.
– mettre en place un tableau de suivi des actions d'amélioration proposées par la CDU afin d'en suivre la mise en œuvre.
– Impliquer les représentants des usagers à la rédaction du rapport annuel d'activité de la CDU.
– communiquer le rapport d'activité annuel de la CDU, aux instances décisionnelles de l'établissement afin qu'elles délibèrent sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge.
– assurer l'information de la CDU sur les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité préparées par la CME.
– renforcer la formation des professionnels de santé sur les droits des usagers.
• à l'ARS de veiller au respect par les représentants des usagers des obligations réglementaires en matière de formation, en lien avec France ASSOS SANTE OCCITANIE et de mettre en place des indicateurs chiffrés permettant annuellement de vérifier le respect de la réglementation.

Résultats de la procédure de certification pour la thématique DROITS DES PATIENTS



Source : Baromètre HAS 2018

[4] *Source HAS 2018 : 232 établissements sur les 270 établissements de santé de la région*

1.1.2 Traitement des reclamations d'usagers reçues par l'ars

Un processus de gestion des réclamations d'usagers a été mis en place par l'ARS avec pour objectifs d'assurer une réponse argumentée dans les meilleurs délais aux usagers, de veiller au respect de leurs droits individuels et collectifs, de repérer les dysfonctionnements dans leur prise en charge, de veiller à la mise en place si nécessaire d'actions correctives.

507 réclamations d'usagers ont été reçues en 2017 à l'ARS pour le champ sanitaire[5] soit + 19% par rapport à 2016. 76% des dossiers étaient clos à fin décembre 2017.
La quasi intégralité des réclamations sont formulées par les patients ou leurs familles. 1 réclamation sur 2 met en cause la qualité de la prise en charge, 1 sur 5 les conditions d'accueil et d'hébergement. 2% des réclamations font état d'un Evènement Indésirable Grave (EIG).

90 % des réclamations concernent un établissement de santé. Dans ce cas et le plus fréquemment, l'ARS saisit l'établissement en lui demandant ses éléments d'explications et d'adresser une réponse motivée au réclamant. L'ARS veille notamment à la qualité de l'information donnée aux patients sur la possibilité d'avoir recours à une médiation et à la saisine de la Commission Des Usagers.

Près de 8 % des réclamations reçues concernent des professionnels libéraux et portent, dans plus de la moitié des cas, sur la qualité de la prise en charge.

1.1.3 Mise en service d'un portail des signalements des evenements sanitaires indesirables

C'est l'un des chantiers majeurs de la réforme des vigilances sanitaires. Il a été mis en service en 2017 et répond à 3 objectifs majeurs : recueillir et faciliter la déclaration des évènements sanitaires, promouvoir la veille sanitaire et la déclaration des évènements sanitaires indésirables et améliorer la qualité et la rapidité de la réponse, tant en terme d'analyse des signaux, que de retours vers le déclarant.

Un formulaire de déclaration est mis en ligne à destination des usagers et des professionnels du secteur sanitaire et médico-social. Il oriente le déclarant vers la (ou les) vigilance(s) correspondant à sa situation en le questionnant par des formulations simples, non techniques et identifie la (les) vigilance(s).

Les signalements déclarés sont transmis en fonction de leur nature aux destinataires compétents pour leur traitement et leur évaluation, par exemple pour les Evènements Indésirables Graves liés aux Soins (EIGS) vers les ARS, les Infections Associées aux Soins (IAS) vers le Centre régional d'appui pour la Prévention des Infections Associées aux Soins (CEPIAS).

La mise en place de ce portail étant intervenue en 2017, il est encore difficile de tirer un bilan de l'utilisation de cet outil par les usagers. Pour 2017, les usagers représentent 2% des déclarants au niveau national.

LA CRSA recommande

de réaliser des actions de communication à destination des usagers sur la mise en service du portail des signalements des évènements sanitaires indésirables afin de favoriser son utilisation.

[5] *Source : ARS – Bilan des réclamations d'usagers reçues par l'ARS en 2017. Les réclamations d'usagers dans le champ médico-social font l'objet d'un traitement par l'ARS. Mais ces données ne sont pas consolidées au niveau régional. Un applicatif devrait être en place en 2019.*

1.1.4 Appreciation sur le respect des droits des usagers par les etablissements medico-sociaux

Cette appréciation est portée au travers du fonctionnement des Conseils de Vie Sociale (CVS) et la désignation des personnes qualifiées.

Fonctionnement des Conseils de Vie Sociale (CVS)

Rappel des dispositions réglementaires
Dans chaque établissement médico-social doit être installé un conseil de vie sociale (CVS).

Le CVS donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service notamment sur l'organisation intérieure et la vie quotidienne, les activités, l'animation socio-culturelle et les services thérapeutiques, les projets de travaux et d'équipements, la nature et le prix des services rendus, l'affectation des locaux collectifs, l'entretien des locaux, les relogements prévus en cas de travaux ou de fermeture, l'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre ces participants ainsi que les modifications substantielles touchant aux conditions de prise en charge.

En Occitanie en 2016[6], 4 % des établissements accueillant des personnes en situation de handicap n'avaient pas installé de CVS contre 9 % pour les EHPAD.

Si on se réfère au données nationales faute de données disponibles au niveau régional, il est constaté que pour les EHPAD, trop de structures ont un CVS non constitué ou non conforme ou qui se réunit insuffisamment par manque de résidents ou de représentants volontaires et/ou en capacité de l'être et désireux de s'impliquer[7].

Le temps de la vie passé en EHPAD est en moyenne de 2 ans ½. Les durées de séjours, de plus en plus courtes, corrélées à la durée des mandats génèrent un turn-over important et un renouvellement permanent des membres des CVS.
Cette situation a une incidence sur le taux de formation des présidents des CVS et sur le dynamisme de ces instances.

En région, les CPOM signés fin 2017 et en 2018 entre l'ARS et les EHPAD prévoient un chapitre sur l'activité des CVS et les formes d'expression présentes au sein des établissements. Ils intègrent les indicateurs suivants : existence d'un CVS, le nombre annuel de réunion du CVS, le recours à des outils de mesure de satisfaction. La montée en charge de ce dispositif n'est pas suffisamment importante en 2018 pour pouvoir établir un bilan circonstancié.

En 2018, un groupe de travail a été mis en place à la demande des présidents de la Commission Spécialisée pour les prises en charge et accompagnements Médico-Sociaux (CSMS) et de la Commission Spécialisée dans le domaine des Droits des Usagers (CSDU) afin de proposer un programme d'actions visant à dynamiser les CVS. Une expérience sera proposée aux CDCA de deux départements afin de créer une dynamique par la mise en relation d'élus de CVS dans l'objectif de rompre leur isolement et de diffuser les bonnes pratiques et l'information.

Désignation des personnes qualifiées

Rappel des dispositions réglementaires
Elles prévoient que toute personne prise en charge par un établissement ou un service social ou médico-social ou son représentant légal peut faire appel, en vue de l'aider à faire valoir ses droits, à une personne qualifiée qu'elle choisit sur une liste établie conjointement par le représentant de l'Etat dans le département, le directeur général de l'agence régionale de santé et le président du conseil départemental.
La Personne qualifiée rend compte de ses interventions aux autorités chargées du contrôle des établissements ou services concernés, à l'intéressé ou à son représentant légal.

Fin 2018, 10 départements sur les 13 que compte la région dispose d'une liste des personnes qualifiées. 50 personnes ont été ainsi désignées.
Cette liste n'a pas été établie pour les départements de l'Aude, du Gard et du Tarn et Garonne, compte tenu des difficultés à identifier et mobiliser des volontaires dans ces départements.

LA CRSA recommande aux autorités compétentes :

- de mettre en œuvre un plan d'actions, en lien avec les CDCA[8], pour dynamiser le fonctionnement des CVS en EHPAD en s'appuyant sur des expériences réussies dans d'autres régions, notamment par la mise en place de réseaux d'élus inter CVS,
- d'élargir la composition des CVS en EHPAD aux représentants des usagers afin de favoriser la prise de parole des usagers,
- de mettre en place un suivi des activités des personnes qualifiées et de compléter la désignation des personnes qualifiées pour les départements qui n'en disposent pas.

[6] *Source : ANAP 2016*
[7] *Source : ANESM 2015 – Enquête nationale bientraitance*
[8] *Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie*

1.2 **Droit au respect** de la dignité de la personne

Le respect du droit au respect de la dignité est observé sous trois dimensions : prise en charge de la douleur, personne de confiance et directives anticipées.

1.2.1 Appréciation de la prise en charge de la douleur

Appréciation de la prise en charge de la douleur par les établissements de santé

La thématique « DOULEUR » dans la version 2014 de la certification est une thématique dite « supplémentaire » qui n'est investiguée que si la HAS considère qu'il y a un risque potentiellement insuffisamment maitrisé.

Pour la région Occitanie[9], 2 établissements sur les 232 décisions rendues par la HAS ont été évalués sur cette thématique et ont reçu des recommandations d'améliorations.

Les données disponibles relatives aux Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins pour la douleur (IPAQSS) concernent l'année 2016[10]. L'indicateur moyen de traçabilité de l'évaluation de la douleur pour la région s'établit à 90 %, soit à un niveau plus favorable que la valeur observée au niveau national (86 %). Ces données sont accessibles au grand public, par établissement, sur le site internet Scope Santé.

Appréciation de la prise en charge de la douleur par les EHPAD

La traçabilité de l'évaluation de la douleur est moindre dans les EHPAD que dans les établissements sanitaires.

46 % des résidents présents en EHPAD au 31 décembre 2016[11] ont bénéficié d'une évaluation de la douleur au cours de l'année. Cette évaluation a été réalisée à l'aide d'une échelle validée et dont le résultat est formalisé et tracé dans le dossier du patient.

Un INTERCLUD régional au bénéfice de tous les secteurs d'activité de soins

En 2017 coexistaient en OCCITANIE deux réseaux : l'INTERCLUD LR et MIPYCLUD. Les actions menées par ces réseaux ont permis l'amélioration des pratiques professionnelles dans les établissements sanitaires et les EHPAD par la mise en place d'évaluations des pratiques professionnelles, d'audits, de procédures, de dispositifs de formation et ce, dans les différentes phases du parcours du patient, sujet âgé en EHPAD, santé mentale, les soins aux urgences, la chirurgie ambulatoire...

Les deux réseaux ont fusionné sous la forme d'une association l'INTERCLUD Occitanie, dont la convention constitutive a été signée en juin 2018. A ce jour, 98 établissements sont adhérents et parmi les adhérents figurent des associations d'IDE libérales, des réseaux de soins palliatifs, de cancérologie adulte et pédiatrique, et l'OMEDIT.

LA CRSA recommande fortement que

En matière de prise en charge de la douleur dans les EHPAD, de renforcer la formation des professionnels. Les interventions de l'INTERCLUD et des structures d'HAD au sein des établissements doivent être développées.

Évaluation de la douleur en EHPAD :

% de résidents ayant eu une évaluation de la douleur[12] au cours de 2016

Ariège	Aude	Aveyron	Gard	Haute-Garonne	Gers	Hérault	Lot	Lozère	Hautes-Pyrénées	Pyrénées-Orientales	Tarn	Tarn-et-Garonne	**OCCITANIE**
45,8	80,9	36,5	47,2	46,9	52,1	41,6	21,6	25,2	57,5	40	44,4	41,5	**45,9**

[9] *Source : Baromètre HAS année 2017*
[10] *Il s'agit des dernières données disponibles*
[11] *Source : ARS - Rapport d'Activité Médical Annuel EHPAD 2016. Aucune donnée plus récente n'est encore disponible*
[12] *Echelle validée et tracée*

1.2.2 Mise en œuvre des directives anticipées et désignation de la personne de confiance

Rappel des dispositions réglementaires
<u>Les directives anticipées</u> - Aux termes de la Loi 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, les directives anticipées peuvent être rédigées par toute personne majeure. Elles expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'actes médicaux.

Elles sont révisables et révocables à tout moment et par tout moyen, elles peuvent être rédigées conformément à un modèle dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'État qui prévoit la situation de la personne selon qu'elle se sait, ou non, atteinte d'une affection grave au moment où elle les rédige.

Elles s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale ;

Si le médecin décide de ne pas appliquer les directives anticipées, il doit solliciter un avis collégial. La décision collégiale s'impose et est inscrite dans le dossier médical ; la personne de confiance ou à défaut la famille ou les proches en sont informés.

Les conditions d'information des patients et les conditions de validité, de confidentialité et de conservation sont définies par un décret en Conseil d'État, après avis de la Commis¬sion nationale de l'informatique et des libertés. Elles sont notamment conservées sur un registre national ;

Le médecin traitant informe ses patients de la possibilité et des conditions de rédaction des directives anticipées.

Si une personne fait l'objet d'une mesure de protection juridique, elle peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille. Le tuteur ne peut ni l'assister ni la représenter à cette occasion.

<u>La personne de confiance</u> – Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance.

Parmi ses missions, elle pourra accompagner le patient dans ses démarches liées à sa santé et, si un jour il est hors d'état d'exprimer sa volonté, elle sera consultée en priorité pour l'exprimer : elle pourra recevoir l'information médicale à sa place et sera son porte-parole.

Mise en œuvre par les établissements de santé du dispositif des directives anticipées et de la désignation de la personne de confiance

Des rapports d'activité des CDU communiqués par les établissements de santé pour l'année 2017, il ressort que :

- les professionnels de santé prennent connaissance de façon progressive du dispositif des directives anticipées,
- dans plus de 60 % des établissements, 3 personnes hospitalisées sur 4 ont désigné une personne de confiance.

Mise en œuvre dans les EHPAD du dispositif des directives anticipées et de la désignation de la personne de confiance

La part des résidents ayant rédigé des directives anticipées en EHPAD n'est pas connue. Néanmoins a pu être recueilli le pourcentage de décès en EHPAD ayant fait l'objet d'une décision de limitation ou d'arrêt des traitements en rapport avec une fin de vie. Ce pourcentage est calculé sur les 5 derniers décès survenus[13].

Le tableau[14] ci-après fait apparaître que près de 85 % des résidents en EHAPD qui sont en capacité de désigner une personne de confiance l'ont désignée.

LA CRSA recommande que :

- soient créées dans chaque établissement de santé ou médico-social, les conditions favorables au recueil des coordonnées de la personne de confiance. Des formations sont à réaliser auprès du personnel notamment pour éviter la confusion avec le recueil des coordonnées de la personne à prévenir.
- des formations de sensibilisation sur les directives anticipées soient réalisées pour l'ensemble des professionnels des établissements de santé et médico-sociaux.
- de façon plus générale, la sensibilisation du public sur les directives anticipées intervienne tout au long du parcours de soins mais également auprès de chaque citoyen.

Pourcentage de décès en EHPAD ayant fait l'objet d'une décision de limitation ou d'arrêt des traitements en rapport avec une fin de vie

Ariège	Aude	Aveyron	Gard	Haute-Garonne	Gers	Hérault	Lot	Lozère	Hautes-Pyrénées	Pyrénées-Orientales	Tarn	Tarn-et-Garonne	**OCCITANIE**
43,7	43,7	54,3	61	59,5	61,9	49,9	60,9	46,3	53,5	58,7	65,4	53,1	**55,4**

Taux de résidents en EHPAD en capacité de désigner une personne de confiance et qui l'ont désignée

Ariège	Aude	Aveyron	Gard	Haute-Garonne	Gers	Hérault	Lot	Lozère	Hautes-Pyrénées	Pyrénées-Orientales	Tarn	Tarn-et-Garonne	**OCCITANIE**
88,0	87,8	85,3	80,5	85,4	85,8	85,3	85,2	90,2	80,9	93,2	90,0	75,1	**85,3**

[13] *Source : ARS - Rapport d'Activité Médical Annuel EHPAD 2016*
[14] *Source : ARS - Rapport d'Activité Médical Annuel EHPAD 2016*

1.3 Droit à l'information : **permettre** l'accès au dossier médical

Sont examinées ci-après les données disponibles relatives à l'accès au dossier médical dans les établissements de santé fournies dans le cadre des rapports d'activité des CDU 2017 et de la procédure de certification V2014.

Rappel des dispositions réglementaires
Le patient doit pouvoir accéder à son dossier médical. Le délai d'obtention est fixé à 8 jours pour les dossiers datant de moins de 5 ans et à 2 mois pour les dossiers de plus de 5 ans.

En 2017[15] sur les 7550 plaintes et réclamations reçus par les établissements, 1,3 % concernent l'accès au dossier médical.

20 965 dossiers médicaux ont été demandés aux établissements de santé en 2017. 20 183 dossiers médicaux ont été traités dont 20% hors délai (12% en 2016)

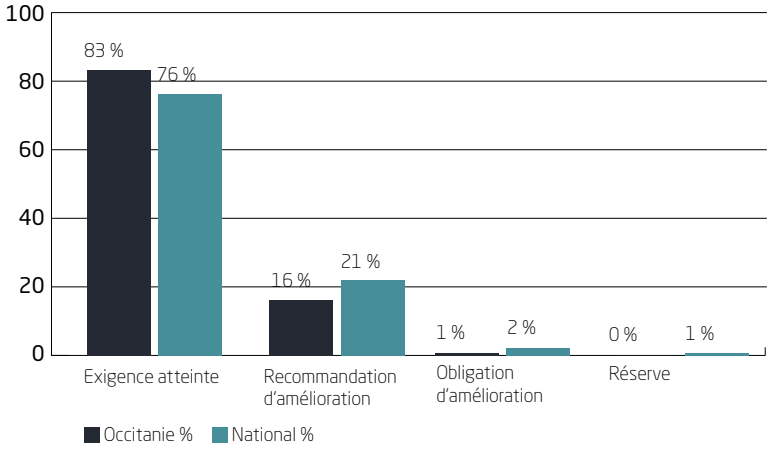
Dans le cadre de la procédure de certification V2014, le critère 14b. DOSSIER DU PATIENT a été investigué dans les 232 établissements de la région qui ont fait l'objet d'une procédure de certification. L'investigation porte notamment sur l'organisation de l'accès du patient à son dossier, sur son information quant aux droits d'accès, sur le respect des délais règlementaires ainsi sur l'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients.

La position de la région est satisfaisante par rapport au niveau national en ce qui concerne les exigences de la Haute Autorité de Santé.

LA CRSA recommande

d'améliorer le délai de communication des dossiers médicaux des patients hospitalisés.

Résultats de la procédure de certification pour la thématique DOSSIER DU PATIENT[16]



Source : Baromètre HAS 2018

[15] *Source : ARS - Synthèse des rapports d'activité annuels des CDU transmis par les établissements de santé pour l'exercice 2016*
[16] *Source : Baromètre HAS 2018*

1.4 **Assurer**
la scolarisation des enfants en difficultés d'apprentissage en milieu ordinaire ou adapté et le retour à l'emploi des personnes en situation de handicap

Rappel des dispositions réglementaires

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées pose clairement le droit de tout enfant, adolescent ou adulte en situation de handicap à une formation scolaire, professionnelle ou supérieure correspondant à ses besoins et à ses aspirations.

La loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'École de la République, du 8 juillet 2013, consacre pour la première fois le principe d'inclusion scolaire.

1.4.1 Les dispositifs prévus pour une école inclusive

L'ARS a poursuivi la déclinaison du 3ème Plan Autisme, au travers notamment de la programmation des places dans le secteur médico-social en privilégiant des dispositifs favorisant l'inclusion scolaire (tels les SESAD). Cette politique régionale se poursuit au travers entre autres des mesures de la Stratégie nationale pour l'autisme au sein des Troubles Neuro du Développement (TND).

A noter que les moyens de 8 CAMSP de la région ont été renforcés, qu'un dispositif de Coordination et d'Appui des Parcours Précoces en Autisme (CAPPA) a été mis en place et qu'un soutien notamment financier a été octroyé aux établissements ou services médico-sociaux s'engageant dans la mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques sur l'autisme et accompagnant des personnes avec Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA).
Depuis fin 2017, tous les départements de la région, à l'exception de la Lozère, dispose d'une Unité d'Enseignement en Maternelle (UEM) accueillant 7 enfants chacune. L'Hérault bénéficie de 2 unités. Ces unités permettent de scolariser des élèves d'âge de l'école maternelle avec TSA, orientés vers un établissement ou un service médico-social et scolarisés dans son unité d'enseignement, implantée en milieu scolaire ordinaire.

En 2018, un projet porté par l'association AGAPEI 31 dans le département de la Haute-Garonne a été sélectionné pour participer à l'expérimentation nationale qui vise à mettre en œuvre des unités d'enseignement en élémentaire dédiées à la scolarisation de jeunes élèves avec TSA. Un deuxième projet dans le Tarn débutera en 2019. Ces unités sont constituées sur un modèle intégré associant un enseignant spécialisé et un auxiliaire de vie scolaire collectif de l'éducation nationale et un éducateur spécialisé et un accompagnant éducatif et social du secteur médico-social. L'objectif est de créer 45 unités au niveau national, sur la durée du plan et de renforcer le déploiement des Unités d'Enseignement en Maternelle.

1.4.2 L'accompagnement vers et dans l'emploi des personnes en situation de handicap

Le dispositif d'emploi accompagné[17] vise à permettre aux travailleurs en situation de handicap d'accéder et de se maintenir dans l'emploi rémunéré sur le marché du travail.

Suite à l'appel à candidature lancé par l'ARS en septembre 2017, conjointement avec la DIRECCTE, l'AGEFIPH, le FIPHFP et le Rectorat, 3 dispositifs ont été financés et sont en cours de montée en charge :

- dans le Gard, le dispositif porté par ADRH Emploi et Inclusion porté par le SAMSAH DHUODA à NÎMES
- en Haute-Garonne, l'YMCA de Colomiers et l'ASEI en lien avec l'APF et l'ARSEAA.

Début 2019 le résultat du nouvel appel à candidature, qui a été clôturé au 31 octobre 2018 afin de déployer ce dispositif dans l'Hérault, sera connu.

[17] *L'accompagnement est coordonné par un conseiller dédié et comporte un accompagnement médico-social et un soutien à l'insertion professionnelle du travailleur handicapé ainsi qu'un soutien et un accompagnement de l'employeur qu'il soit public ou privé.*

1.5 droits des personnes detenues : **assurer** l'accès aux soins, nombre d'extraction pour accès aux consultations

Il n'y a pas d'indicateurs de suivi disponibles sur l'accès aux soins somatiques effectifs pour les détenus.

Le nombre d'extractions pour accéder aux consultations est fonction de la disponibilité des équipes de l'administration pénitentiaire, de l'annulation de l'extraction par les détenus s'établit à plus de 35%, de la mise en place de consultations spécialisée en milieu pénitentiaire comme les Unités Sanitaires en Milieu Pénitentiaire (USMP), de la mise en place de la télémédecine.

Tous les dossiers médicaux sont actuellement informatisés car l'Unité Sanitaire en milieu pénitentiaire est un service délocalisé du Centre Hospitalier (CH) de référence et tous les CH ont un dossier médical partagé.

Les seuls cas où des dossiers papier subsistent sont ceux dans lesquels les prises en charge somatiques et psychiatriques sont réalisées par des établissements différents qui utilisent des logiciels différents. La gestion de ces dossiers est toutefois sécurisée.

Focus sur les réclamations adressées à l'ARS par les détenus ou leur famille

1.6 **Renforcer** l'accès à la culture dans les établissements

Le dispositif CULTURE SANTE HANDICAP ET DEPENDANCE permet de faire entrer la cité au sein des hôpitaux, des maisons de retraite et des établissements accueillant des personnes handicapées. L'accès à l'art et à la culture fait partie des droits des patients.

Ce dispositif a un rôle de levier dans la mise en place d'une politique culturelle au sein des établissements, notamment les établissements de santé et médico-sociaux publics et privés à but non lucratif. Il favorise les interactions entre artistes, patients ou résidents ainsi que professionnels de santé.

Ce dispositif, co-piloté au niveau régional par l'ARS et la DRAC, permet un soutien financier pour des projets artistiques et culturels, au sein des établissements de santé et médico-sociaux éligibles.

Le dispositif a bénéficié d'une enveloppe pour chacune des années 2017 et 2018 de 180 000 € de l'ARS et 180 000 € de la DRAC.

LA CRSA recommande

que soit établi un compte rendu d'activité sur les projets soutenus par l'ARS et la DRAC tant sur l'aspect quantitatif que qualitatif et qu'une évaluation des projets soit réalisée et communiquée.

Résultats des appels à projets

Exercice	Etablissements de santé		Etablissements médico-sociaux	
	Nombre de projets présentés	Nombre de projets retenus	Nombre de projets présentés	Nombre de projets retenus
2017	50	30	42	37
2018	47	44	68	47

1.7 **Renforcer**
l'implication des patients dans la prise en charge de leur santé

Affiches évènementielles
Semaine de la sécurité des patients 2017/2018

Rendre chacun davantage acteur de sa santé qu'il s'agisse d'être conscient de sa santé et des moyens de la maintenir, ou de se réapproprier des gestes et des décisions face à la maladie et à son traitement est un engagement porté par le PRS OCCITANIE.

Cet engagement se traduit par le déploiement prévu de 3 projets structurants du PRS qui visent à renforcer la place des usagers dans le soin. Ces projets ont été construits en tenant compte des préconisations formulées par la CSDU dans le cadre des travaux préparatoires du PRS sur la Place et les Droits des Usagers.

Dans ce même objectif, l'ARS associe largement les patients, les usagers ainsi que les membres de la CSDU aux actions réalisées à l'occasion de la Semaine Sécurité des Patients (SSP). C'est une campagne annuelle qui vise à sensibiliser professionnels et usagers aux réalités concrètes des risques en santé et de leur montrer comment chacun peut, par son action individuelle, contribuer à une meilleure sécurité des soins.

Ainsi des outils de type quizz ont été co-construits avec les usagers et les professionnels et ont été mis à disposition des acteurs de santé pour diffusion (cf. ANNEXE 1) :

- Pour la SSP 2017 dont le thème portait sur « Soignés soignants : partenaires pour la sécurité des patients », a été mis à disposition des établissements et des associations un quizz « Ne jouez pas avec votre santé, testez vos réflexes sécurité » afin que chacun puisse évaluer ses connaissances à partir de questions « généralistes » sur la sécurité et la qualité. Ce quizz a été plébiscité.
- Pour la SSP 2018 qui avait pour thème « Les médicaments : à bon escient ! », un quiz a été créé « Les médicaments, parlons-en : testez vos réflexes sécurité » et diffusé dans les officines avec l'objectif de sensibiliser les patients, aux risques liés aux médicaments et de les aider à déjouer quelques idées reçues sur le sujet. Des représentants d'usagers se sont portés volontaires pour diffuser ce quizz.

LA CRSA salue

Les projets du PRS visant à renforcer la place des patients dans le soin.

Lors d'une de ces manifestations. 3 trophées régionaux ont été décernés en 2018 pour des projets co-construits entre soignants et usagers ou représentants d'usagers afin de renforcer la sécurité des soins :

- Au Centre Hospitalier de Saint-Pons-de-Thomières (34) pour la création d'un roman-photo notamment dans le secteur des EHPAD du CH conçu avec les usagers/résidents/famille.
- Au Centre Hospitalier de Figeac (46) pour la création d'un livret permettant d'engager le dialogue entre le patient et/ou ses proches et les professionnels pour améliorer la compréhension autour du traitement médicamenteux : observance, gestion du pilulier, de l'armoire à pharmacie à domicile...
- A la Maison de Santé Pluri-professionnelle de Carbonne (Haute-Garonne) pour la mise en place d'ateliers de prévention et d'une campagne d'information auprès des usagers pour favoriser un comportement raisonné sur l'automédication.

A noter que pour la semaine mondiale pour un bon usage des antibiotiques 2018, FRANCE ASSOS SANTE OCCITANIE, le Centre d'Appui pour la Prévention des Infections Associées aux Soins (CPias) et l'ARS ont proposé aux professionnels des établissements de santé des outils (plaquettes, quizz) pour promouvoir leur bon usage auprès des usagers. 145 établissements se sont engagés dans cette action.

LA CRSA recommande

- de mettre à disposition des usagers, des outils co-construits entre eux et les professionnels de santé pour accroitre leur compréhension, conformément aux orientations définies dans le PRS OCCITANIE.
- de réaliser des campagnes de communication sur les outils d'informations et de mesure de la satisfaction des usagers tels les portails « SCOPE-SANTE »[18] et « E-SATIS »[19] ainsi que des actions d'accompagnement à l'appropriation de ces outils, notamment envers les publics vulnérables.
- de labelliser et diffuser dans les territoires les initiatives innovantes en matière de droits des usagers.

Remise des prix sur la qualité et sécurité des patients en Occitanie, Carcassonne 28/11/2018

[18] Scope-santé : présente des indicateurs nationaux de qualité et de sécurité des soins, les résultats détaillés de la certification des établissements de santé
[19] E-satis : indicateur de la satisfaction des patients hospitalisés

2

RENFORCER ET PRÉSERVER L'ACCÈS À LA SANTÉ POUR TOUS

La région OCCITANIE se place au 4ème rang des régions métropolitaines présentant les taux de pauvreté les plus élevés, au 3ème rang pour la pauvreté des moins de 30 ans et au 2ème rang pour la pauvreté des 75 ans ou plus (après la Corse)[20].

C'est la région comprenant le plus de départements dans les 10 départements les plus pauvres de France. La Haute-Garonne a un taux de pauvreté inférieur à la moyenne nationale, tandis que l'Aude est le deuxième département le plus pauvre de France, les Pyrénées-Orientales le troisième, le Gard le cinquième et l'Hérault le neuvième. C'est dans les espaces ruraux éloignés des centres d'emplois ainsi que dans les villes-centres des grands pôles urbains que la pauvreté est la plus importante.

La part élevée de personnes en situation de pauvreté dans la région a conduit nécessairement à porter une attention particulière aux inégalités sociales de santé dans le PRS OCCITANIE.

2.1 **Assurer** l'accès aux professionnels de santé libéraux

Globalement, la région Occitanie se caractérise par une densité de professionnels de santé libéraux supérieure à la moyenne nationale.

Seuls 3 départements ont une densité en omnipraticiens libéraux inférieure à la moyenne nationale et cette densité semble se stabiliser sur les trois dernières années alors qu'une diminution est observée dans les autres départements.

Ces disparités de densité et de répartition sur le territoire entraînent d'importants écarts d'accessibilité géographique. Ainsi, l'Accessibilité Potentielle Localisée (APL)[21] aux médecins généralistes libéraux de moins de 65 ans varie de 2,5 à 7,2 consultations et visites par an et par habitant selon le bassin de vie, en faveur des zones littorales notamment.

En valeur absolue, le nombre de médecins libéraux omnipraticiens et spécialistes est quasiment stable depuis 15 ans : environ 5400 spécialistes et un peu plus de 6000 omnipraticiens.

La région compte près de 2500 pharmacies d'officine.

Depuis 1980, une forte croissance des infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes et orthophonistes ainsi qu'une stabilisation des chirurgiens-dentistes sont observées en densité.

Ces fortes disparités et l'anticipation de l'évolution démographique des différents professionnels justifient la densification des mesures proposées dans le Pacte Territoire Santé et le Plan d'égal accès aux soins du gouvernement pour maintenir ou tendre vers le niveau d'accès aux soins primaires nécessaire à une bonne prise en charge de la population sur l'ensemble du territoire.

Différents outils sont à la disposition de l'ARS pour améliorer l'accès aux professionnels de santé libéraux, notamment :

- le zonage des professionnels de santé qui donne droit à des aides conventionnelles de l'assurance maladie et de l'ARS. Le zonage pour les médecins et les orthophonistes a été arrêté en août 2018, par l'ARS après avis de la CRSA. La détermination des zonages pour les autres professions concernées interviendra en 2019.
- le Contrat d'Engagement de Service Public (CESP) : en novembre 2018, le nombre de contrats[22] signés et actifs s'établit à 265. Ce chiffre est encourageant mais il convient de le confirmer en ce qui concerne le maintien de l'installation à l'issue de l'engagement. Les CESP spécialistes restent à développer.
- les aides octroyées aux Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP) : Le nombre de MSP en OCCITANIE a fortement progressé. En novembre 2018, 122 MSP étaient ouvertes, 49 étaient en cours d'ouverture et soutenues par l'ARS (8 ouvertes au 1er janvier 2012). La cible est de 120 MSP à l'horizon 2018-2019.

LA CRSA demeurera attentive

à la montée en charge des différents dispositifs de coopération entre professionnels de santé (MSP, CPTS...) et demande à être informée de leur impact sur l'amélioration de l'accès aux professionnels de santé libéraux.

La démographie médicale soulève des questions dont la complexité et l'insuffisance de leviers créent des inquiétudes.

[20] *Source : Cadre d'Orientations Stratégiques du PRS OCCITANIE 2018-2022*
[21] *L'indicateur APL est évalué à partir de plusieurs indicateurs : volume d'activité des médecins généralistes libéraux et mixtes de moins de 65 ans, temps de trajet par la route vers le médecin généraliste et besoins de soins en fonction de l'âge des habitants*
[22] *Source : Données ARS concernant médecins et chirurgiens-dentistes*

2.2 **Accéder** financièrement aux soins

LA CRSA recommande

d'associer les usagers à la mise en œuvre des nouveaux dispositifs de coopération entre professionnels de santé afin de les rendre promoteurs et acteurs de ces dispositifs.

La CSDU a relevé à maintes reprises la situation de la région en matière de dépassements d'honoraires des praticiens libéraux.

Des données recensées présentées en ANNEXE 2 qui ont été communiquées par l'assurance maladie, il ressort :

- une proportion de médecins exerçant en secteur 1 supérieure à 90 % dans 8 départements ruraux de l'OCCITANIE
- une diminution dans l'évolution des dépassements d'honoraires entre 2013 et 2017 en moyenne dans la région, par opposition à la situation nationale. Dans tous les départements cette diminution est observée à l'exception du Gers, des Hautes Pyrénées, du Lot et de la Lozère, sachant toutefois que dans ces 4 départements la part des médecins exerçant en secteur 1 est supérieure à 90 %. Malgré ce, cette moyenne masque des disparités entre les spécialités.

L'ARS n'intervient pas directement dans cette question de l'accessibilité financière. Elle incite les différentes institutions intervenant en la matière à améliorer leur dispositif et à accentuer leur coordination pour plus de cohérence.

Sur la question de l'accessibilité géographique, ces mêmes dispositifs, et notamment les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), maillent le territoire régional. Elles sont 43 à l'échelle de la région et constituent souvent les « SAS » d'entrée pour les publics sans droits et les plus éloignés (migrants, personnes sans domicile, familles mono parentales, etc.) qu'elles accompagnent vers l'ouverture des droits et l'accès aux soins dans leur lien étroit avec les CPAM.

LA CRSA appréhende favorablement

l'ambition générale du PRS qui vise à mieux répondre aux notions d'accessibilité et de soins des personnes les plus vulnérables.

Elle souhaite que l'ARS soit vigilante sur le maillage des dispositifs sur lesquels elle agit qui rendent possible le recours à la médecine libérale.

2.3 **Assurer** l'accès dépistage et à la prévention

2.3.1 Dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal

Le taux moyen de dépistages organisés du cancer du sein dans la région est en baisse. Il s'établit à 47,8 % versus 50,3 % au niveau national, avec de fortes variations d'un département à l'autre. Ces taux s'écartent fortement de l'objectif fixé par le Plan Cancer III d'une couverture du dépistage du cancer du sein.

Pour le cancer colorectal, le taux de dépistage organisé est lui aussi inférieur à la moyenne nationale (29% versus 33,50 % au niveau national) avec aussi de sensibles variations d'un département à l'autre. A noter cependant une tendance à l'augmentation grâce au nouveau test plus facilement réalisable et plus fiable. Malgré ce, ce taux s'écarte de la cible de 65% pour les personnes de 50 à 74 ans à risque moyen fixé par le Plan Cancer III.

En 2018, des travaux se sont déroulés pour créer une structure régionale unique de gestion du dépistage organisé des cancers mise en place au 1er janvier 2019. La création de cette structure vise à une organisation plus efficiente du dépistage organisé du cancer.

2.3.2 Couverture vaccinale en région

En Occitanie, la couverture vaccinale est, comme en France, globalement insuffisante.

L'ensemble des départements a un taux de couverture vaccinale complète pour les enfants de 24 mois de moins de 70 % (cible fixée par l'OMS : 80 %).

Cependant, la comparaison des taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois par rapport au taux des enfants de 3-4 ans met en évidence un rattrapage vaccinal important.

La région OCCITANIE a connu sur 2017 et 2018 la recrudescence des cas de rougeole, avec des cas groupés en collectivité dans un contexte d'épidémies en France et en Europe.

Le taux de vaccination des professionnels de santé contre la grippe est de 25% au niveau national[23].

LA CRSA salue

l'obligation vaccinale nationale pour les enfants de 0 à 2 et la mise en œuvre très suivie en 2018 de l'expérimentation en OCCITANIE de la vaccination contre la grippe par les pharmaciens d'officine qui devraient augmenter la couverture vaccinale de la population.

LA CRSA recommande

- de poursuivre les efforts entrepris pour améliorer le taux de couverture vaccinale de l'ensemble de la population, tout en notant le rattrapage vaccinal constaté des jeunes enfants.
- d'inciter tous les professionnels soignants à bénéficier d'une vaccination annuelle contre le syndrome grippal. Cette incitation est particulièrement importante dans les services hospitaliers notamment les services d'hospitalisation d'urgence, de soins intensifs, de réanimation, de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou de psychiatrie comme pour les soignants en exercice libéral.
- aux ordres professionnels, aux unions régionales de professionnels de santé, aux fédérations soignantes et aux établissements publics et privés de vérifier annuellement le niveau de vaccination des professionnels en exercice notamment ceux ayant la responsabilité soignante des jeunes enfants, des jeunes adultes et des sujets âgées et de les inciter à se mettre à jour.

LA CRSA sera vigilante

sur le déploiement du service sanitaire qui devrait permettre aux professionnels de santé de mieux porter et accompagner les messages de prévention et de promotion de la santé auprès de tous les publics.

[23] *Circulaire ministérielle du 14 septembre 2018 relative à la vaccination contre la grippe saisonnière des personnels des établissements sanitaires et médico-sociaux*

2.3.3 Prévention de l'obésité des enfants et du surpoids

Le Programme National de Nutrition Santé est un des axes prioritaires de la politique régionale. Un fort partenariat a été développé entre l'ARS et l'Education nationale, la Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Foret (DRAAF) ainsi que la Direction Régionale de la jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS).

En matière de prévention de l'obésité infantile, l'ARS a soutenu[24] des projets portés par 39 collectivités, 25 associations agissant auprès d'un public précaire, 15 programmes d'actions régionaux à destination de la petite enfance, des enfants scolarisés, des étudiants, des jeunes en missions locales, des personnes ayant une pathologie chronique, des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, 4 réseaux de prévention et de prise en charge de l'obésité infantile.

Conformément au cahier des charges national qui fixe le plan du présent rapport, 3 domaines sont examinés ci-après : les contrats locaux de santé, les dispositifs mis en place pour les personnes en situation de handicap, les interventions réalisées pour les logements insalubres au niveau de l'ARS.

2.4.1 Un outil de territorialisation : les contrats locaux de sante

Les Contrats Locaux de Santé (CLS) portent sur l'ensemble des champs de l'ARS : la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social. Ils constituent un instrument majeur de mise en œuvre de la politique régionale de l'ARS dans les territoires.

La CRSA salue le nombre de contrat conclus en OCCITANIE : 30 CLS signés depuis 2011 et 13 en cours.

2.4.2 Des dispositifs pour lever les difficultés rencontrées par les personnes en situation de handicap

Les dispositifs de consultations dédiées

Pour réduire les inégalités d'accès à la prévention, au dépistage et aux soins des personnes en situation de vulnérabilité, 6 dispositifs de consultations dédiées pour personnes en situation de handicap ont été financés par l'ARS en 2017.

Suite à l'appel à candidatures lancé en 2018, 4 nouveaux dispositifs ont été identifiés dont 2 au sein de maisons de santé pluri professionnelles. A ce jour, 10 dispositifs de consultations sont identifiés et financés en Occitanie couvrant 7 départements (Aude, Gard, Haute-Garonne, Hérault, Lot, Lozère, Tarn).

Ces dispositifs constituent une offre complémentaire en réponse à des situations complexes pour lesquelles l'offre de soins courants généralistes ou spécialistes ordinaires, sont difficilement mobilisables. Ils s'inscriront dans une action plus globale portant sur la durée du PRS 2018-2022.

[24] Source : ARS – exercice 2017

Assises régionales sur les maladies neuro-dégénératives 2018

Le déploiement de la Charte Romain Jacob

Une observation de la qualité des prises en charge des personnes en situation de handicap est mise en place par l'ARS Occitanie à partir des résultats semestriels de l'enquête HANDIFACTION et d'une évaluation de la mise en œuvre de la Charte Romain Jacob par les établissements de santé.

La Charte Romain Jacob «Unis pour l'accès à la santé des personnes en situation de handicap» qui a été signée en 2015 en région Occitanie, engage les établissements de santé et médico-sociaux signataires à promouvoir les réponses adaptées aux besoins spécifiques de l'accès aux soins et à la santé des personnes en situation de handicap.

Ont été mesurées[25] l'adhésion et l'appropriation des établissements de santé à la Charte, sa déclinaison dans les projets d'établissement, les actions mises en œuvre prenant en compte les spécificités liées au handicap.

Cette évaluation met en évidence que seulement 25% des établissements de santé (dont 2 GHT sur 14) ont élaboré un projet d'amélioration de l'accueil et de la prise en charge des personnes en situation de handicap.

Seuls 68% des établissements de santé déclarent que la présence des aidants est facilitée. Cet indicateur peut être mis en rapport avec les résultats sur l'information du patient de l'enquête HANDIFACTION qui fait ressortir que 43 % des répondants estiment que leurs questions restent sans réponse (41% au niveau national).

La désignation d'un référent HANDICAP ou d'une équipe dédiée conformément au guide HAS des bonnes pratiques n'est effective que pour 12% des établissements des établissements de santé, ce qui reste insuffisant pour garantir une qualité optimale de l'accès aux soins et de la prise en charge.

Le taux de satisfaction global de l'accès aux soins pour la région issu de l'enquête HANDIFACTION[26], s'établit à 2,72/5 (2,83 au national) et le taux de qualité ressentie du soin s'établit à 2,45/5 (2,53 au national).

Ces résultats pourraient être améliorés par la généralisation de la présence d'un référent HANDICAP qui contribue favorablement à l'accès aux soins et à la fluidité du parcours.

En 2019 une évaluation de la Charte ROMAIN JACOB sera mise en place par l'ARS auprès des établissements médico-sociaux.

[25] *Source Synthèse des rapports d'activité des Commissions des Usagers des établissements de santé 2017- ARS*
[26] *Source : HANDIFACTION - extraction régionale janvier 2018*

Déclinaison du plan Maladies NeuroDégénératives (MND)

En OCCITANIE, près de 80 000 personnes sont atteintes par ces pathologies. 3 mesures spécifiques au bénéfice des usagers et de leurs aidants sont prévues par le Plan National Maladies Neurodégénératives 2014-2019 :

- La structuration et la mise en œuvre d'une politique active en direction des proches-aidants. 16 actions concernent la formation des aidants ont été réalisées et financées en 2017 par l'ARS.
- La poursuite et le développement des conventions avec les associations de personnes, malades et/ou aidants au niveau national et local. Cette action est en cours et a pour objectif d'améliorer la couverture des territoires par les associations.
- L'organisation d'assises régionales visant à encourager le travail en commun des associations : ces assises se sont tenues le 12 juin 2018 à Toulouse et ont réuni plus de 900 personnes. Leur préparation a été réalisée en lien étroit avec les usagers, les associations, les professionnels et les institutions.

Une plateforme d'écoute et de soutien psychologique « Allô, j'aide un proche » a été mise en place avec l'appui du Pôle Régional des Maladies Neuro-dégénératives et de l'ARS. Cette ligne est accessible à tous les aidants, proches, accompagnants, familles présents quotidiennement, ponctuellement, régulièrement auprès d'une personne malade. Elle est ouverte tous les soirs de 18h00 à 22h00 (appel gratuit).

En 2017, le nombre d'appels d'aidants et de familles a été environ de 15 par mois, avec une augmentation de 30% du nombre d'appels entre 2016 et 2017. Ces appels durent en moyenne 45 minutes et peuvent atteindre 1h30 voire plus.

LA CRSA salue

la réussite des assises régionales sur les maladies neurodégénératives et le déploiement envisagé en 2019 sur chaque territoire de démocratie sanitaire.

LA CRSA recommande

- le déploiement et le respect de la Charte Romain Jacob par chaque établissement,
- l'adaptation des dispositifs de dépistage aux personnes en situation de handicap et l'accompagnement de celles-ci,
- la désignation d'un référent handicap ou la mise en place d'une équipe dédiée dans chaque établissement et l'association des représentants d'usagers à l'amélioration des parcours de santé,
- la mise en place d'un parcours spécifique « Patients Handicap Lourd » lors de l'accueil dans les services d'urgences ainsi que des chambres adaptées en hospitalisation tout au long de la prise en charge,
- la promotion auprès des usagers et le suivi des résultats de l'enquête HANDIFACTION,
- une évaluation du suivi de l'activité de la plateforme téléphonique « Allô, j'aide un proche ».

2.4.3 Logements insalubres

En 2017, les services Santé Environnement des 13 délégations départementales de l'ARS ont inspecté 280 logements suite à des signalements d'insalubrité.

235 logements ont fait l'objet d'arrêtés d'insalubrité ou arrêtés d'urgence sanitaire, au titre du code de la santé publique et 12 dossiers ont également fait l'objet d'une saisine du parquet (suspicion de « marchands de sommeil »).

3

CONFORTER LA REPRÉSENTATION DES USAGERS DU SYSTÈME DE SANTÉ

3.1 **former** les représentants siégeant dans les instances du système de santé

FRANCE ASSOS SANTE OCCITANIE a fait connaître à l'ARS que 25 formations différentes avaient été réalisées (soit 33 journées de formation) pour 275 personnes en 2017. Ce nombre s'établit à 267 personnes (soit 25 journées de formation) en 2018.

Un descriptif des formations disponibles peut être consulté sur le site internet de France ASSOS SANTE *« www.france-assos-sante.org/occitanie »*

3.2 **repérer** et **labéliser** des initiatives innovantes en matière de droit des usagers

En 2017 et 2018, comme les années précédentes, ont été reconduits le Label et le Concours national *« DROITS DES USAGERS DE LA SANTÉ »* qui visent à repérer et à valoriser des actions exemplaires et des projets innovants autour de la promotion des droits des usagers. Peuvent concourir tous les acteurs du système de santé.

Le Directeur Général de l'ARS, après avis de la CSDU, labellise les projets les plus innovants. Parmi ces projets, un jury national décerne des prix à 5 lauréats.

En 2018, 19 demandes de Label ont été déposées au niveau régional. Ces dossiers ont tous été examinés par la CSDU. Le Directeur Général de l'ARS a suivi l'avis de la CSDU et a labellisé les projets portés par :

- l'Institut Claudius Regaud à Toulouse et intitulé « Cancer et travail : les enjeux pour le salarié et l'entreprise ». Des tables rondes ont été organisées sur la problématique « cancer et travail » avec des professionnels de santé, des patients, des chefs d'entreprise, la médecine du travail. Un support d'information a été diffusé auprès des entreprises afin de les sensibiliser sur le sujet sur le retour au travail après cancer.

– le CHU de Toulouse et intitulé « Intégration des usagers dans l'enseignement en santé en Occitanie ». Ce projet contribue de façon significative à l'amélioration de la relation soignant-soigné et associent les patients au dispositif de formation des professionnels de santé durant leur cursus en intervenant dans la conception des messages pédagogiques, aux séances de formation en simulation et dans l'évaluation des étudiants.

Les projets labélisés sont valorisés au niveau natonal sur le site internet du Ministère des Solidarités et de la Santé et permettent d'apposer le logo « Droits des usagres de la santé » sur l'ensemble des documents en lien avec les projets.

Remise du Label «Droits des usagers de la santé» 07/03/2019

4

GARANTIR LA PARTICIPATION DES REPRÉSENTANTS DES USAGERS ET DES AUTRES ACTEURS DU SYSTÈME DE SANTÉ À LA CRSA

4.1 **Garantir** la participation des représentants des usagers et des autres acteurs du système de santé à la CRSA

La composition de l'ensemble des collèges de la CRSA OCCITANIE est complète, à l'exception de celle du 1er collège des représentants des collectivités territoriales, des communes et des groupements de communes (81% des membres désignés au 1er octobre 2018). Pour mémoire, la CRSA est composée de 108 membres.

Le tableau ci-après présente le nombre de réunions et le taux de participation des membres de la CRSA et de ses commissions spécialisées :

Ces taux de participation sont déclinés par collège en ANNEXE 3. A noter que le taux de participation des membres du collège usagers est toujours supérieur ou égal au taux de participation de l'ensemble des membres - une seule exception en 2017- témoignant ainsi de l'intérêt porté aux travaux engagés et du dynamisme des différentes formations.

L'ensemble des formations de la CRSA a contribué aux travaux de préparation du PRS 2 OCCITANIE.

La CRSA en formation plénière a été associée à la méthodologie d'élaboration du PRS et à la synthèse des bilans et perspectives issus des groupes de travail qui ont été enrichis par chaque commission spécialisée concernée.

Un comité de pilotage du PRS a été constitué à parité entre les représentants de l'ARS et le président de la CRSA et les 4 présidents des commissions spécialisées.

Un questionnement a été adressé à la CRSA sur les inégalités de santé et sur la façon de répondre aux enjeux de réduction de ces inégalités. Certains acteurs ont formulé des propositions à l'ARS. Ces propositions ont été prises en compte.

Les priorités issues des groupes de travail régionaux et des Conseils Territoriaux de Santé (CTS) ont été présentées et débattues notamment sur les 5 parcours de santé prioritaires identifiés : parcours Santé des couples, des mères, des enfants et des jeunes, parcours Vieillissement, parcours Personne en situation de handicap, parcours Santé mentale, parcours Cancer.

	Formation Plénière	Commission	CSDU	CSMS[27]	CSOS[28]	CSP[29]
Nombre de réunions en 2017	4	4	8	3	5	5
Collège 2 des usagers	84%	88%	85%	61%	90%	77%
Taux de participation	68%	88%	60%	66%	67%	59%
Nombre de réunions en 2018	3	4	7	2	4	6
Collège 2 des usagers	63%	75%	93%	83%	72%	57%
Taux de participation	53%	75%	60%	68%	63%	42%

[27] *Commission Spécialisée pour les prises en charge et accompagnements Médico-Sociaux*
[28] *Commission Spécialisée de l'Organisation des Soins*
[29] *Commission Spécialisée Prévention*

4.2 **Garantir**
la participation des représentants des usagers et des autres acteurs du système de santé aux CTS

Des usagers et des représentants d'usagers ont participé à chaque groupe de travail dans le souci de prendre en compte leur expérience et leurs besoins.

En s'appuyant sur les contributions des commissions spécialisées - dont celle des droits des usagers du système de santé, fortement impliquée et force de propositions -, la CRSA a émis un avis constructif et porteur sur le Projet Régional de Santé, lors de sa séance plénière du 14 mai 2018, en saluant la qualité du travail et le niveau de concertation atteint.

Elle a appréhendé favorablement l'intérêt d'associer plus largement les usagers à l'amélioration des conditions de prise en charge (le « partenariat soignant-soigné » généralisé, les « patients partenaires », véritables ressources à mobiliser pour transformer le système de santé).

Sa demande d'intégrer notamment les usagers dans la démarche de suivi et d'évaluation du PRS a été entendue, et a permis d'apporter de la lisibilité sur la démarche d'évaluation, pour la rendre à la fois plus professionnalisée et plus participative.

La Direction Générale de l'ARS a défini les territoires de démocratie sanitaire, par arrêté du 8 novembre 2016, à l'échelle du département suivant en cela l'avis émis par la CRSA sur ce découpage.

Sur chacun de ces territoires, fin 2017 un Conseil Territorial de Santé a été installé et comprend une formation organisant l'expression des usagers et une commission de santé mentale.

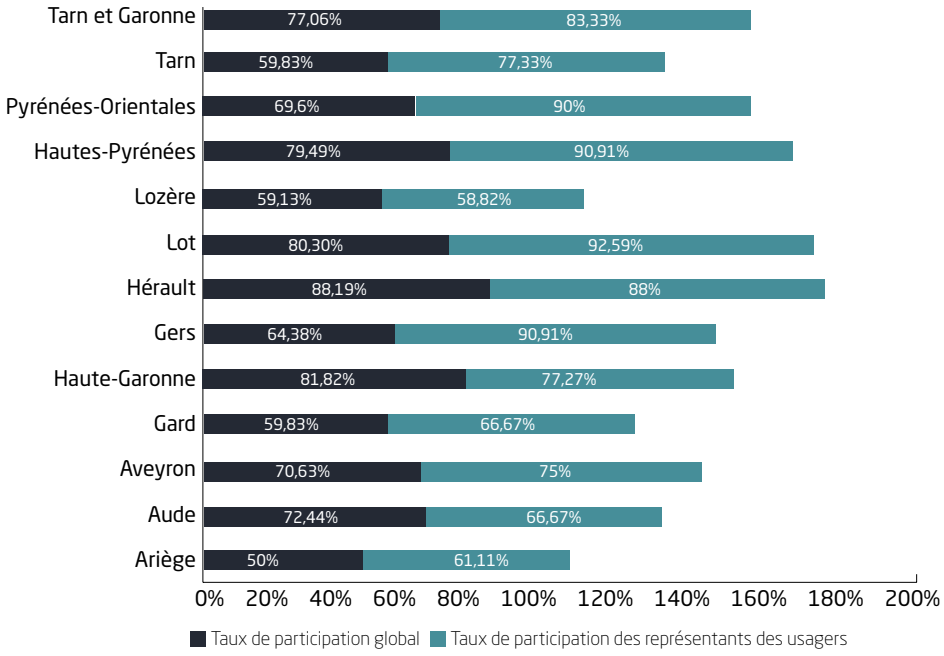
Le taux de présentéisme des 540 membres désignés, retracé dans le tableau ci-après pour l'année 2017 témoigne de l'intérêt porté aux travaux. Il est là encore à relever l'implication des représentants des usagers.

Chaque CTS s'est réuni en moyenne trois fois au cours des années 2017 et 2018 et a contribué aux travaux sur le PRS notamment sur les 5 parcours prioritaires identifiés.

Au-delà de leur plus-value, à savoir le focus départemental et leur connaissance fine des acteurs locaux, les CTS ont pu transmettre des observations concrètes, soit d'ordre général (ex. : problématique de la ressource médicale), soit sur les thèmes transversaux du PRS. Les présidents des CTS ont été invités à participer aux débats de la CRSA et ont permis de compléter le regard déjà porté sur les parcours, rejoignant souvent les attentes régionales et permettant d'enrichir le PRS dans sa version définitive.

Dès les travaux d'élaboration du PRS, la mobilisation des CTS a été essentielle et devrait faciliter leur mobilisation dans la phase du déploiement du PRS.

Taux de présentéisme des membres des CTS pour l'année 2017.



ANNEXES

P. 29
Annexe 1 Quizzs diffusés pendants les Semaines Sécurité des Patients 2017 et 2018

P. 31
Annexe 2 Données relatives aux dépassements d'honoraire des médecins libéraux

P. 32
Annexe 3 Taux de participation par collège des membres de la CRSA et de ses commissions spécialisées pour 2017 et 2018

Annexe 1

Quizzs diffusés pendants les Semaines Sécurité des Patients 2017 et 2018

Quizz « Testez vos réflexes sécurité »
Semaine Sécurité des Patients 2017

Ne jouez pas avec votre santé
TESTEZ VOS RÉFLEXES SÉCURITÉ

www.quizz.occitanie-sante.fr
Sélectionnez toutes les bonnes réponses

#01 À la fin de mon hospitalisation, qu'est-ce qui compte pour rentrer chez moi en toute sécurité ?

A	Je n'ai rien à vérifier
B	La « lettre de liaison » qui m'a été remise en mains propres
C	Une ordonnance, si un traitement est nécessaire
D	Les rendez-vous organisés ou à prendre, si nécessaires
E	Avoir compris les explications qui m'ont été données par les professionnels qui ont pris soin de moi

#02 À la fin d'une consultation avec un professionnel de santé qu'est-ce que je dois avoir bien compris ?

A	Le diagnostic et les bénéfices attendus des bilans complémentaires et du traitement
B	Les conditions de prise des médicaments qui m'ont été prescrits et leurs effets indésirables possibles
C	Les rendez-vous organisés ou à prendre pour le suivi de mon état de santé
D	Peu importe : j'en parle après avec des personnes qui ont une maladie presque comme la mienne

3 De retour à mon domicile, si j'ai des questions sur mon état de santé, je m'adresse à :

A	Mon pharmacien
B	Ma voisine
C	Mon médecin traitant et/ou prescripteur
D	Une association de patients ayant la même maladie
E	Un forum d'échanges en ligne ou à mon magazine préféré
F	La personne proche qui m'a accompagné à ma demande lors des soins

4 Quand j'appelle le 15...

A	Je suis capable de préciser l'adresse du lieu et les motifs pour lesquels j'appelle
B	Pour un début d'incendie dans ma cuisine
C	Quand j'ai une déformation de la bouche, des troubles de la parole, une faiblesse d'un côté du corps
D	Pour connaitre la pharmacie de garde
E	Pour une personne victime d'un accident de la route

#05 Au quotidien pour agir sur la qualité et la sécurité de mes soins...

A	Je pose des questions aux professionnels de santé
B	Je signale les effets indésirables
C	Je connais les numéros d'urgence
D	J'ai une activité physique régulière
E	Je réponds positivement à chaque fois qu'un professionnel de santé vérifie mon identité
F	J'ose attirer l'attention du professionnel de santé quand je m'interroge sur le soin qu'il va me faire
G	J'ai sur moi la liste de mon traitement

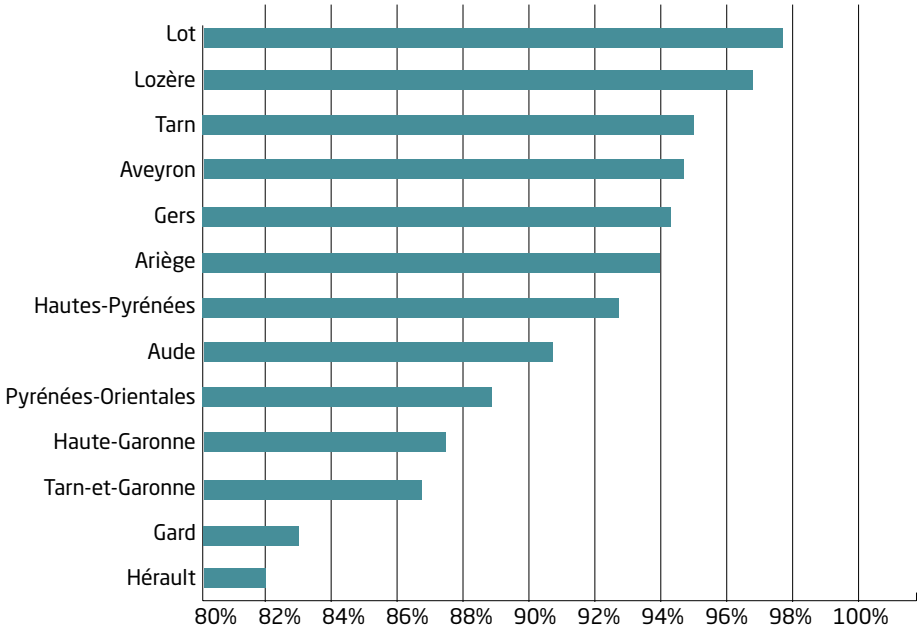
© ARS Occitanie Communication 11/2017

Quizz « Les Médicaments, parlons-en : testez vos réflexes sécurité »
Semaine Sécurité des Patients 2018

Annexe 2

Données relatives aux dépassements d'honoraires des médecins libéraux

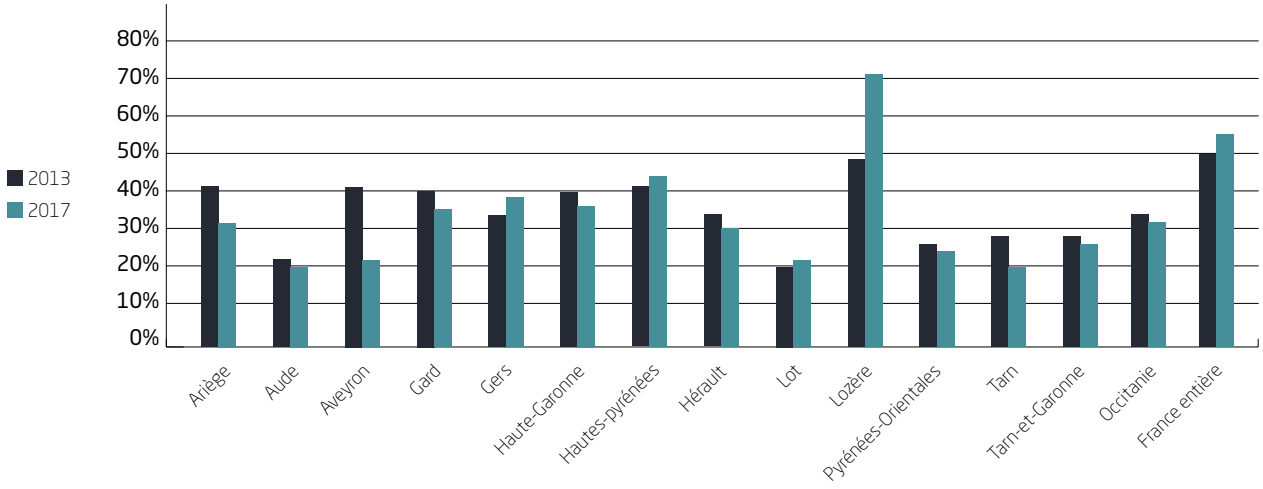
Part des médecins exerçant en secteur 1[30] au 1er janvier 2017 sur le total des médecins en exercice



Ces données sont à rapporter au nombre de médecins qui exercent en secteur 1 par département et qui est recensé dans le tableau suivant :

LOT	LOZERE	TARN	AVEYRON	GERS	ARIEGE	HAUTES-PYRENEES	AUDE	PYRENEES-ORIENTALES	HAUTE-GARONNE	TARN-ET-GARONNE	GARD	HERAULT
223	84	534	320	229	188	338	478	800	2255	311	930	1825

Évolution des dépassements d'honoraires entre 2013 et 2017[31]



[30] *Source : Données issues de l'assurance maladie - SNIIR AM -1er janvier 2017, % de médecins en secteur 1 /total des médecins en secteur 1et 2*

[31] *Source : Données issues de l'assurance maladie - SNIIR AM - Sont décomptés les honoraires des médecins généralistes et spécialistes en date de liquidation. Sont pris en compte les honoraires des médecins généralistes exerçant en mode d'exercice particulier, en secteur 1 et en secteur 2*

Annexe 3

Taux de participation par collège des membres de la CRSA et de ses commissions specialisées pour 2017 et 2018

	Séance Plénière	Permanente	CSDU	CSMS	CSOS	CSP
Collège 1 de collectivités territoriales	45%	75%	0%	64%	40%	20%
	32%	50%	0%	33%	44%	20%
Collège 2 des usagers	84%	88%	85%	61%	90%	77%
	63%	75%	93%	83%	72%	57%
Collège 4 des partenaires sociaux	78%	100%	13%	27%	67%	60%
	60%	88%	0%	80%	56%	40%
Collège 5 des acteurs de la cohésion et de la protection sociale	83%	75%	75%	72%	30%	60%
	76%	75%	80%	50%	33%	29%
Collège 6 des acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé	60%	100%	0%	0%	50%	53%
	50%	100%	0%	0%	67%	67%
Collège 7 des offreurs des services de santé	70%	85%	50%	81%	72%	55%
	65%	70%	20%	67%	67%	10%
Collège 8 des personnalités qualifiées	25%	/	/	/	/	/
	50%	/	/	/	/	/
TOTAL	68%	88%	60%	66%	67%	59%
	53%	75%	60%	68%	63%	42%
Nombre de réunions	4	4	8	3	5	5
	3	4	7	2	4	6

2017
2018

Notes

CRSA occitanie
CONFÉRENCE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DE L'AUTONOMIE

ARS OCCITANIE Agence régionale de santé Occitanie

26-28 Parc club du millénaire
1025, rue Henri Becquerel
CS 30001
34067 MONTPELLIER Cedex 2

www.occitanie.ars.sante.fr

Direction des droits des usagers et des affaires juridiques
Unité Démocratie sanitaire
04 67 07 21 26

Marie-Pierre BATTESTI
Carole LAPORTE
Dominique ROUX

© ARS Occitanie, Communication 02/2019